

УРОВНЕВАЯ СИСТЕМА СЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РОССИИ

Клейменов М.В.,

ассистент,

Уральский государственный экономический университет

г. Екатеринбург, Россия

[*k-mihaell@mail.ru*](mailto:k-mihaell@mail.ru)

THE LEVELING MEDICAL SERVICE SYSTEM OF RURAL AREAS IN RUSSIA

Kleymenov M.

assistant,

Ural State University of Economics

Yekaterinburg, Russia

[*k-mihaell@mail.ru*](mailto:k-mihaell@mail.ru)

Аннотация

В данной статье анализируется уровневая система медицинского обслуживания в российском селе на основе исследований, проведенных 2011-2017 гг. в сельских поселениях Далматовского района Курганской области. Мы выявили основные проблемы (приток платных процедур в сельскую медицину, отсутствие врачей в сельских больницах, большой охват территорий и др.). Организация системы медицинского обслуживания на селе имеет уровневую структуру, обусловленную особенностями сельского расселения, в том числе невысокой плотностью и удаленностью населенных пунктов друг от друга. Суть структуры в том, что медицинская помощь, если она не может быть обеспечена на уровне сельского поселения, то оказывается на муниципальном или региональном уровнях. В небольших сельских поселениях функционируют фельдшерско-акушерские пункты, помощь в которых, как правило, имеет профилактическую направленность и

ее оказывает медперсонал со средним медицинским образованием. Для получения медицинского обслуживания, требующего внимания специалиста с высшим медицинским образованием, пациент обращается в центральные районные больницы или ее филиалы, которые расположены в более крупных сельских поселениях. На уровне субъекта Российской Федерации действуют региональные медицинские учреждения, медпомощь в которых оказывается тем сельским жителям, которым требуются диагностика, лечение, а также консультации специалистов, не представленные на иных уровнях. В статье делается вывод, что система медицинского обслуживания в сельских поселениях предстает как наиболее гибкая отрасль российского здравоохранения, в ней возможны неформальные решения врачей и пациентов. Взаимодействие социальных общностей медицинских работников и пациентов в сельских поселениях может сильно влиять на процесс лечения и результат лечения.

Annotation

This article analyzes the levels medical service system in the Russian rural areas on the basis of studies conducted in 2011-2017 in rural settlements of Dalmatovo district of Kurgan region. We identified the main problems (the influx of paid procedures into rural medicine, the lack of doctors in rural hospitals, large coverage of territories, etc.). The organization of the medical service system in rural areas has a leveling structure, due to the peculiarities of rural areas, including low density and remoteness of settlements from each other. The essence of the structure is that medical service, if it cannot be provided at the level of rural areas, is at the municipal or regional level. In small rural settlements, there are the paramedic stations, whose assistance, as a rule, are of a preventive nature and provided by medical personnel with secondary medical education. To receive medical service requiring attention of a specialist with a higher medical education, the patient applies to the central district hospitals or its branches located in larger rural settlements. At the level of the subject of the Russian Federation, regional

medical facilities operate, medical service in which is provided to those rural residents who require diagnosis, treatment, as well as consultations of specialists not represented at other levels. The article concludes that the medical service system in rural areas appears to be the most flexible branch of Russian medical service, and informal decisions of doctors and patients are possible. Interaction of social communities of medical workers and patients in rural areas can greatly influence the treatment process and its result.

Ключевые слова: врачи, медицинское обслуживание, пациенты, село

Key words: doctors, medical system, patients, rural areas

Российское село имеет специфические признаки, сильно отличающие его от крупных городов [1]. Такими признаками являются сельскохозяйственная занятость; низкая плотность населения; сельское население тяготеет к однородности, где вырабатывается основной стиль поведения в обществе; социальная стратификация реже, чем в городской среде; виды мобильности ограничены, основное направление миграции – из села в город; лимит на социальные контакты: узкая сфера взаимодействия, доминирование личных и стабильных связей.

Повседневные практики сельчан отличает и специфичный тип взаимодействий, где нормы, стандарты и ценности трансформируются в условиях иной по сравнению с городом социокультурной среде, где уменьшена социальная дистанция между индивидами – представителями разных поколений, социальных групп и общностей. Данная специфическая черта касается и системы медицинского обслуживания: так, сельский житель, получающий медицинскую помощь, может (с большей долей вероятности) выступать одновременно и соседом/другом врача, осуществляющего прием.

Понятие «медицинское обслуживание» перекликается с английским понятием «medical service», которое рассматривается как комплекс медицинских услуг. Автор Е. В. Рожкова [2] считает, что следует говорить о

трех точках зрения на соотношение медицинской помощи и медицинских услуг: 1) медицинская помощь тождественна медицинским услугам; 2) медицинская помощь и медицинские услуги – разные виды деятельности; 3) медицинская помощь и медицинские услуги отчасти совпадают.

Рожкова Е.В. поддерживает третью позицию, поскольку медицинской услугой по ее мнению является «согласованный процесс взаимодействия рынка (объектом обмена в данном случае является медицинская помощь в качестве специфической трудовой деятельности)». Автор выделяет три признака медицинской услуги: профессиональный характер медицинской услуги, взаимное согласие продавца и покупателя, возмездность оказания услуги (здесь, автор отмечает, что речь не идет о «платной» и «бесплатной» медицине, любая профессиональная медицинская помощь оказывается возмездно, но в определенных случаях могут быть исключения, если медработник несет социальную ответственность).

По мнению автора, медицинское обслуживание – это комплекс услуг как единиц деятельности (действий), имеющий относительно устойчивую форму организации. К сожалению, далее автор не раскрывает содержательно единицы деятельности (действий), однако в иных источниках можно увидеть следующие виды медицинских услуг. Так, медицинские услуги травмированным людям или беременным женщинам определенного возраста предоставляются по составленной Министерством здравоохранения РФ «Номенклатуре медицинских услуг» [3], в которой подробно и детально раскрыта та или иная медицинская услуга.

Ю. П. Лисицын не выделяет понятия «медицинские услуги» или «медицинское обслуживание», а использует в своих работах понятие медицинской помощи. По его мнению, данный вид помощи обеспечивают: амбулаторно-поликлинические учреждения (самые распространенные заведения здравоохранения), женские консультации и др.

Он не выделяет значимых различий между медицинской помощью в городах и селах, упоминая про низкую плотность сельского населения, сезонность работы, неважное состояние дорог и транспортных узлов. Единственное, что Ю. П. Лисицын считает важным моментом для сельчан, так это наличие врачебных участков только сельского населения в виде первого звена медицинской помощи. Сельский врачебный участок покрывает население до 5-7 тыс. чел. Сельские жители через медицинские учреждения в селах получают направления в следующие звенья системы медицинского обслуживания – районные или региональные медицинские учреждения (областные и др.).

В. А. Медик и В. К. Юрьев, как Ю. П. Лисицын считают, что «медицинская помощь – совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование» [4, С. 131]. Но когда появляется понятия маркетинг, брендинг, контроль за качеством, рыночные отношения, то авторы вносят понятие «медицинские услуги», при этом, не вдаваясь в объяснение данной дефиниции. По нашему мнению авторы понимают под медицинской помощью – именно бесплатные ресурсы (гарантированные за счет налогов федерального и иного бюджета) медицинских учреждений любого уровня (сельского, районного, областного). Так, под медицинскими услугами понимаются только те ресурсы, что пациенты (потребители) должны оплачивать из собственных карманов (или находить иные финансовые источники).

Начиная с 1990-х гг. в России стали активно действовать рыночные механизмы в здравоохранении, поэтому «медицинские работники были вынуждены переориентироваться на ценности капиталистического типа – взаимодействие врача и пациента стало носить характер услуги» [5]. Между врачами и пациентами постепенно стали нарастать напряженность, неудовлетворенность материальными средствами, конфликты по различным

причинам (жалобы, обвинения в умышленном причинении вреда здоровью и педофилии). В то же время сохранились идеалистические настроения, врачебная профессия включает в себя не только услуги в рабочее время, но и такие смыслы как «миссия спасения жизней, служения людям, умножения гуманизма в мире, служение высоким идеалам» [5].

Таким образом, медицинское обслуживание можно представить как комплекс бесплатной (гарантированной государством) медицинской помощи и дополнительного (и, к сожалению, обязательного во многих случаях жизни российских пациентов) пакета платных (из кармана больных) медицинских услуг. Что касается соотношения понятий медицинской помощи и медицинского обслуживания, то они зачастую в разных работах могут определяться иначе.

Медицинское обслуживание представляет собой систему, элементами которой выступают его виды, медицинские учреждения, социальные общности. Рассмотрим каждый обозначенный элемент.

К видам медицинского обслуживания в современном российском здравоохранении относятся, как правило, стационарное, амбулаторное, экстренное. Поскольку мы в качестве ключевого используем понятие обслуживания, то будем рассматривать эти виды помощи через совокупность медицинских услуг. Стационарное медицинское обслуживание оказывается в участковых и районных больницах. Осуществляется в форме помещения пациента на излечение в палату лечебного учреждения, поскольку амбулаторное лечение не поддается должному контролю врачей.

Амбулаторное медицинское обслуживание оказывается в участковых больницах (амбулаториях), районных поликлиниках и их филиалах. Пациент самостоятельно проходит лечение, основное время находится дома. Эта помощь является самой доступной и экономически мало затратной, поскольку нет обеспечения больничными койками.

Экстренное медицинское обслуживание является службой скорой (экстренной) помощи, несущей круглогодичную обязанность приезжать на дом к больному и оказывать медицинские услуги. Важнейшая задача – своевременное прибытие к месту нахождения пострадавшего от несчастного случая (травмы, отравления) или внезапного острого заболевания и такая же своевременная транспортировка пациента в ближайшее медицинское учреждение.

Обратимся к следующему элементу системы медицинского обслуживания, а именно к медицинским учреждениям. Во-первых, поликлиника, «специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению заболеваний и осложнений» [6, С. 317]. Во-вторых, амбулатория, имеющая отличия от поликлиники на уровне специализации и в объёме деятельности. В амбулатории ведется прием по одной специальности или небольшому числу специальностей: терапии, хирургии, акушерство, гинекология, педиатрия и др. В-третьих, фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), входящий в состав сельского врачебного участка и осуществляющий под руководством участковой больницы (амбулатории) комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий на определенной территории» [7]. Доврачебное медицинское обслуживание – совокупность медицинских услуг, оказываемых в фельдшерско-акушерских пунктах, в которых работают медицинские работники по профессии не выше фельдшера. Участковая больница (амбулатория) составляет график выезда врачей на ФАП. Приезд врача на ФАП заранее сообщается сельчанам из наиболее отдаленных деревень.

Еще одним элементом системы медицинского обслуживания выступают социальные общности: медицинские работники и пациенты.

В социологической науке понятие социальной общности трактуется не так однозначно, как кажется наверняка. В. А. Ядов дает определение социальной общности как «взаимосвязь человеческих индивидов, которая обусловлена общностью их интересов благодаря сходству условий бытия и деятельности людей, составляющих данную общность, их материальной, производственной и иной деятельности, близости их взглядов, верований, их субъективных представлений о целях и средствах деятельности» [8, С. 17-18].

В «Общей социологии» уральский социолог Г. Е. Зборовский доказывал, что социальная общность – фундамент предмета социологической науки, и также данное понятие пронизывает периферические зоны социологии: социальные действия и взаимодействия, социальные институты и организации, социальные процессы, социальную структуру, наконец, общество в целом. Общество может быть определено в виде взаимосвязей разнообразнейших социальных общностей [9, С. 257].

Существуют разные способы классификации общностей. Существенным основанием для классификации общностей является выделение базового (системообразующего) признака: территориального, этнического, демографического, профессионального, образовательного уровня и др. Социальные общности включают в себя массовые неструктурированные образования (например, толпа), стабильные социальные группы и сплоченные (или не сплоченные) общими интересами объединения индивидов. По предметному критерию выделяют такие общности: социально-демографические; социально-классовые; социально-территориальные; социально-профессиональные; этносоциальные; конфессиональные и др.

В отечественной социологии отсутствует единый подход к пониманию и исследованию социальной общности. Тем не менее, мы разделяем позицию Г. Е. Зборовского как наиболее полную и логично выстроенную, и будем

понимать под социальной общностью «один из основных типов социальной системы, выступающей в качестве реально существующей, эмпирически фиксируемой, относительно единой и самостоятельной совокупности (взаимосвязи) людей, объединенных по социокультурным, демографическим, экономическим, этническим, территориальным, религиозным, политическим, профессиональным и иным основаниям» [10, С. 9].

Медицинские работники – социально-профессиональная общность, представители которой занимаются исключительно медицинской практикой, оказанием первой доврачебной и врачебной помощи населению.

Общность медицинских работников неоднородна, для нашей работы большое значение представляет выделение групп внутри исследуемой общности. Важными базовыми основаниями социальной общности медицинских работников являются профессионализм (необходимо затратить годы на обучение и допуск к пациентам, а также «институционализироваться» в медицинской профессии – т.е. приобрести насыщенный опыт) и территория (сельские медперсоналы работают на четко определенных участках).

Что касается медицинского обслуживания на селе, то высшее звено в иерархии медработников составляют сельские врачи, которые представляют собой особую социальную общность медицинских работников, имеющих право оказывать специализированные медицинские услуги, врачи имеют высшее профессиональное образование, по которому оценивается и престиж (статус) профессии врача среди остальных медицинских профессий (фельдшер и медицинская сестра).

Важное место на селе занимает участковый врач-терапевт, потому что он – «главная фигура на участке и в системе охраны здоровья населения» [6, С. 319].

В Положении «О враче-терапевте участковой поликлиники (амбулатории)» [11] написано, что участковый врач-терапевт должен обеспечивать: своевременную квалифицированную медицинскую помощь населению участка; экстренную медицинскую помощь больным независимо от их места жительства в случае непосредственного обращения за помощью при возникновении острых состояний, травм; своевременную госпитализацию больных; консультацию больных; экспертизу временной нетрудоспособности; профилактическую организацию прививок; лечение инфекционных заболеваний; систематическое повышение своей квалификации каждые пять лет; проведение медико-просветительской работы среди населения участка. Участковый терапевт работает по определенному рабочему графику, в котором закреплены часы амбулаторного приема больных, помощь на дому, профилактическая и иные виды труда [6, С. 320].

Срединное место в иерархии занимают сельские фельдшеры. Сельские фельдшеры – это медицинские работники со средним профессиональным образованием, имеющие право самостоятельно оказывать первую медицинскую и доврачебную помощь в фельдшерско-акушерском пункте.

Низовое место в иерархии занимают медицинские сестры и акушерки, которые также являются медицинскими работниками со средним профессиональным образованием, имеющими право быть помощниками сельских врачей.

Данная профессиональная иерархия институционализована посредством определенных нормативных актов в отличие от следующей социальной общности, входящей в систему сельского здравоохранения.

Социальная общность пациентов функционирует на основе нормативного поведения, которое предписано как в нормативных актах, так и в неформализованном поле социальных норм. В первом случае речь идет о

тех правилах, которые предписаны пациенту в силу его статуса, например, при лечении в стационаре. Нарушение стационарного режима (употребление алкоголя и т.п.), который регламентирован, влечет за собой санкции в виде отказа в стационарной помощи, отказа в выдаче листа временной нетрудоспособности. Во втором случае неформальные нормы, становление которых уходит в далекое прошлое, предписывают действия пациента, например, при посещении врача. Врач осведомляется о жалобах пациента, а пациент рассказывает о своих проблемах со здоровьем.

Под общностью пациентов будем понимать социальное объединение, в котором индивиды обладают потребностью в получении медицинских услуг. Социальная общность пациентов – фрагментарна, состоит из представителей различных профессий, этносов, полов, возрастов. Системообразующими признаками данной общности являются социально-демографические показатели и территория (в российском здравоохранении сохраняется традиция привязки больных к определенным медицинским учреждениям, если только больные не обращаются в учреждения частной медицины).

Таким образом, под медицинским обслуживанием понимается система, включающая в себя различные медицинские услуги, виды медицинской помощи, медицинские учреждения, а также стабильно и активно взаимодействующие социальные общности медицинских работников и пациентов. С точки зрения социологической науки, социальное взаимодействие данных общностей в медицинском обслуживании является актом для понимания всей сущности здравоохранения, как на всероссийском уровне, так и на уровне сельских поселений. Реальность сел во многом может дать наглядную картинку для обдумывания дальнейших действий по усовершенствованию здравоохранения.

Организация системы медицинского обслуживания на селе имеет уровневую структуру, обусловленную особенностями сельского расселения, в том числе невысокой плотностью и удаленностью населенных пунктов

друг от друга. Суть структуры в том, что медицинская помощь (если она не может быть обеспечена на уровне сельского поселения) оказывается на муниципальном (районном) и региональном уровнях. В небольших сельских поселениях функционируют фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), помощь в которых, как правило, имеет профилактическую направленность и ее оказывает медперсонал со средним медицинским образованием. Для получения медицинского обслуживания, требующего внимания специалиста с высшим медицинским образованием, пациент обращается в центральные районные больницы (ЦРБ) или ее филиалы, которые расположены в более крупных сельских поселениях. На уровне субъекта РФ действуют областные (краевые, республиканские) медицинские учреждения, медпомощь в которых оказывается тем сельским жителям, которым требуются диагностика, лечение, а также консультации специалистов, не представленные на иных уровнях.

В ходе наших исследований, проведенных 2011-2017 гг. в сельских поселениях Далматовского района Курганской области, мы смогли выявить особенности медицинского обслуживания:

- 1) отсутствуют платные и иные медицинские центры, кроме государственных бюджетных организаций; появились платные процедуры и медикаменты в системе государственного здравоохранения;
- 2) большинство работающего персонала – средний медперсонал;
- 3) охват медицинскими пунктами крупных (по площади) территорий – врач работает в десяти-пятнадцати сельских населенных пунктах;
- 4) компактность помещений (отсутствие специальных больничных зданий);
- 5) проблемы с поставкой медицинского оборудования;
- 6) обход стандартов взаимодействия медработников и пациентов на базе обязательного медицинского страхования (ОМС) включает в себя отсутствие запросов страхового медицинского полиса со стороны

медицинского учреждения, большое количество неучтенных в ведомостях (отчетах) вызовов на дом;

7) сельская специфика проявляется исключительно в пунктах первой помощи и медицинских амбулаториях, патронаже хронических больных.

Представленный выше анализ свидетельствует, что медицинское обслуживание как системное образование требует должного исследования, социологического анализа, позволяющего представить полную характеристику сложного социального феномена.

Таким образом, система медицинского обслуживания в сельских поселениях предстает как наиболее «мягкая» отрасль российского здравоохранения, в ней возможны неформальные решения, как врачей, так и пациентов. Взаимодействие социальных общностей медицинских работников и пациентов в сельских поселениях может сильно влиять на процесс лечения и результат выздоровления.

Список литературы

1. Пациорковский В.В. Социология расселения как специальная социологическая теория // Социологические исследования. 2010. С. 25-34.
2. Рожкова Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности // Современные исследования социальных проблем. 2011. № 3. С. 39-55.
3. Номенклатура медицинских услуг. Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://rg.ru/pril/57/98/48/23010_%28pril.%29.pdf [Дата посещения: 29.11.2017]
4. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение / Москва: Проффессионал, 2009. 432 с.
5. Чирикова А.Е. Этика взаимодействия врачей друг с другом: анализ неформальных практик // Социологические исследования. 2015. № 8. С. 113-120.

6. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 520 с.
7. Краткая медицинская энциклопедия. Глав. Ред. Академик Петровский Б.В. М.: Изд-во «Советская энциклопедия», изд. 2-е, 1989 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.golkom.ru/kme/21/3-292-3-2.html> [Дата обращения: 10.10.2012]
8. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы. Самара, 1995. 328 с.
9. Зборовский Г.Е. Общая социология. М., 2004. 592 с.
10. Зборовский Г.Е. Теоретические основания изучения социальной общности // Социологические исследования. 2010. № 4. С. 3-12.
11. Правовая консультационная служба. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://zakonprost.ru/content/base/part/472399> [Дата обращения: 23.10.2012]